Aus der Kinder-Klinik der Universität Würzburg.
(Vorstand: Prof. Dr. H. Rietschel.)

Die Säuglingssterblichkeit im Notstandsgebiet der Rhön.

Inaugural-Dissertation

verfaßt und einer

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayer. Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

zur

Erlangung der Medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Alfred Krämer

aus

Würzburg.

Buchdruckerei Karl Roll, Dominikanerstraße 16
Würzburg 1939.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent:
Professor Dr. Rietschel.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549802_0141

Vorwort.

Die Rhön, die landschaftlich zu den reizvollsten Gegenden Deutschlands gerechnet werden darf, ist Notstandsgebiet und nur in wenigen Gegenden Deutschlands ist der Gegensatz zwischen einer mit allen Naturschönheiten ausgestatteten Landschaft und der bittersten Armut seiner Bewohner stärker ausgeprägt als gerade in der Rhön. Jedem, der die Rhön durchwandert und ihre landschaftlichen Schönheiten auf sich einwirken läßt, mutet es daher seltsam an, daß in diesen schönen Landen die Bewohner sich in einem besonderen Notstand befinden. Ein karges und an Entbehrungen reiches Dasein und der Kampf um das Notwendigste hat leider nur zu deutlich auf dem Gesicht der Rhöner seine traurigen Spuren hinterlassen. Aus den Augen eines Jeden spricht die stumme Bitte: Gebt uns Brot, schafft uns neue Existenzen und laßt unsere Arbeitskraft und unseren Arbeitswillen nicht dem Volksganzen verloren gehen!

Not und Elend hier zu beseitigen und für die Rhönbewohner günstigere Lebensbedingungen zu schaffen ist Ziel und Zweck des Rhön-Hilfswerkes, das unter dem Namen Dr. Hellmuth-Planes auch über die engeren Grenzen Mainfrankens hinaus bekannt geworden ist. Man hilft den Rhönern nicht dadurch, daß man sie einfach mit Geld und Lebensmitteln unterstützt — dies hat man früher auch getan, ist aber zu keinem Ziel gekommen — sondern man sorgt durch wirtschaftliche Maßnahmen für bessere Verhältnisse, die es dem Einzelnen ermöglichen durch Willenskraft, Charakter und fachliche Leistungen sich eine neue schönere Zukunft aufzubauen.

Erschließung der ganzen Gegend durch Straßenbau, Beseitigung der Zersplitterung des Bodens durch Neuvermessung des Landes, Unterbindung der Abwanderung und Sachsengängerei durch Schaffung neuer Verdienstmöglichkeiten in der Heimat, Neugewinnung von ertragfähigem Ackerland durch Kultivierung von nahezu 60000 Tagwerk Ödland, dies allein sind Maßnahmen, die wirtschaftliche Not und soziales Elend zu bannen vermögen und aus den Rhönern lebensfrohe und lebensbejahende, schaffensfreudige Menschen machen.

Neben diesen rein wirtschaftlichen Sanierungsplänen, durch die die Grundlagen für ein gesundes völkisches Zusammenleben garantiert werden, werden keineswegs Gesichtspunkte außer Acht gelassen, die sich mit den Menschen selbst befassen. Und so ist es deshalb eine weitere, nicht minder wichtige Aufgabe des Dr. Hellmuth-Planes: „Eine positive Bevölkerungspolitik, die sich nicht in der Beseitigung minderwertiger und schädlicher Erbmassen erschöpft, sondern neben dieser negativen Maßnahme in erster Linie die bewußte Förderung wertvoller Bevölkerungskreise zum Gegenstand hat." (Hasslinger). Angestellte Untersuchungen in der Rhön, die sich auf

sozial-hygienischer Basis bewegen, sind der beste Beweis dafür, daß man erkannt hat, daß neben rein materiellen Gesichtspunkten auch der Mensch als solcher zu erfassen ist. Systematische Durchuntersuchung der Säuglinge und Kleinkinder, Einrichtung von sog. „fliegenden Zahnstationen", erbbiologische Forschungen ließen an Deutlichkeit keinen Wunsch offen, wie notwendig und bedeutungsvoll diese Arbeiten sind; denn nur ein gesundes Rhönvolk kann den Kampf mit den Naturgewalten erfolgreich bestehen, die besonders in der Hochrhön die Sorge um das tägliche Brot nicht immer leicht machen.

Aus der Tatsache heraus, daß die Rhön Notstandsgebiet ist und günstige oder ungünstige Umwelteinflüsse auf die Sterblichkeit und Lebenserwartung der Bevölkerung im Sinne einer positiven bezw. einer negativen Tendenz einwirken, ergibt sich die durchaus logische Frage: „Wie hoch ist die Säuglingssterblichkeit in der Rhön?"

Auf diese Frage eine Antwort zu geben, soll Thema der nachfolgenden Arbeit sein.

II. Rückgang der Säuglingssterblichkeit im Allgemeinen.

Bevor auf den speziellen Fall der Säuglingssterblichkeit in der Rhön eingegangen werden soll, seien einige Erwägungen allgemeiner Natur vorausgeschickt.

Es ist eine bekannte Tatsache, daß mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts ein Absinken der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche, wie in allen europäischen Ländern überhaupt, einsetzt. Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit beginnt in Deutschland im Jahre 1906, zu einer Zeit, in der man daran ging, durch sozial-hygienische Maßnahmen und durch einen planmäßigen Säuglingsschutz den Neugeborenen eine größere Lebenschance zu bieten. Man neigt daher leicht dazu, in der Schaffung besserer hygienischer Verhältnisse den Grund für die absinkende Tendenz der Säuglingssterblichkeitskurve zu sehen. Ja, dies könnte ohne weiteres gerechtfertigt erscheinen, wenn man nicht beobachtet hätte, daß mit dem Rückgang der Säuglingssterblichkeit auch ein Absinken der Geburtenziffer verbunden war und zwischen diesen beiden Kurven ein auffallender Parallelismus bestand und auch heute noch besteht. Dieser letzteren Tatsache wegen kam man, besonders in Kreisen der Berufsstatistiker, zu der Auffassung, daß zwischen sinkender Säuglingssterblichkeit und fallender Geburtenziffer ursächliche Zusammenhänge bestehen müßten und zwar derart, daß ein Abfallen der Geburtenziffer auch einen Rückgang der Säuglingssterblichkeit zur Folge habe (Prinzing, Grotjahn, Freudenberger). Graevell kam auf Grund angestellter Untersuchungen zu dem Schluß, die Säuglingssterblich-ə akeit sei abhängig von Umwelteinflüssen, während eine dritte Grupp

der Ansicht war, daß Natalität und Säuglingssterblichkeit von einander vollkommen unabhängig seien (Schinzer, Müller). Eine vierte Gruppe glaubte annehmen zu können, daß der Rückgang der Säuglingssterblichkeit ursächlich auf die Gestaltung des Geburtenrückganges einwirke.

Von diesen eben dargelegten Anschauungen eine als die richtige herauszugreifen ist nicht möglich, wofür die im Grunde einander entgegengesetzten Theorien der beste Beweis ist.

Rott, der diese Gruppeneinteilung vorgenommen hat, nimmt an daß Geburtenziffer und Säuglingssterblichkeit in ihrem Kurvenverlauf von einander abhängig sind; denn bei einer beschränkten Kinderzahl in einer Familie kann die Mutter dem einzelnen Kinde und besonders dem Säugling viel mehr Pflege und Sorgfalt zuwenden, als dies in einer kinderreichen Familie der Fall sein könnte. Ausserdem sind nach seiner Meinung auch Umwelteinflüsse von grosser Bedeutung, unter denen ein Neugeborenes aufwächst.

Zusammenfassend ist mit Rott anzunehmen, daß ein Zusammenwirken verschiedener Faktoren besteht, einerseits der Rückgang der Geburtenziffer und dem damit zwangsweise verbundenen Absinken der Sterblichkeit, andererseits günstigere Umwelteinflüsse in Form von ärztlichen und fürsorgerischen Maßnahmen.

III. Die Säuglingssterblichkeit Deutschlands in den Jahren 1913, 1930—1936.

Im 1. Lebensjahr Gestorbene auf 100 Lebendgeborene:

Länder:	1913	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Preußen	15,0	8,4	8,4	8,0	7,6	6,6	6,9	6,7
Bayern	18,2	10,9	10,3	9,8	9,8	8,2	8,6	8,1
Sachsen	15,7	7,2	7,0	6,9	6,3	5,2	5,4	5,1
Württemberg	14,0	7,0	6,4	6,4	6,1	5,7	5,8	5,7
Baden	13,8	7,0	7,1	6,3	6,6	6,0	6,3	6,0
Thüringen	14,3	8,0	7,6	7,6	7,2	5,6	6,2	5,7
Hessen	9,3	5,9	5,9	5,6	5,5	4,6	4,9	4,8
Hamburg	11,3	7,2	6,9	6,4	6,5	5,3	5,0	5,7
Mecklenburg	16,5	9,5	9,6	9,4	8,0	7,4	7,6	6,6
Oldenburg	10,3	6,7	6,7	6,9	7,0	5,8	5,9	6,0
Braunschweig	13,8	8,0	7,8	7,6	7,1	7,2	6,7	5,3
Bremen	10,7	6,7	6,0	6,0	6,0	3,9	5,8	4,8
Anhalt	15,7	8,9	9,3	8,6	8,6	6,8	7,4	6,4
Lippe	9,5	5,9	5,6	5,1	5,8	4,6	4,7	5,4
Lübeck	13,4	10,6	8,2	7,0	6,4	7,2	5,7	6,6
Schaumburg-Lippe	7,6	6,4	6,0	6,3	6,5	4,6	5,9	4,2
Saarland	—	—	—	9,6	9,3	8,1	8,0	7,5
Deutsch. Reich	15,1	8,5	8,3	7,9	7,7	6,6	6,9	6,6

Bei Betrachtung der vorstehenden Tabelle, die die Säuglingssterblichkeit der Jahre 1930—36 zeigt, ist es ganz auffällig, daß die Sterbeziffer der Säuglinge in Deutschland im Sinken begriffen ist. Und zwar läßt das in der ersten Spalte angegebene Vergleichsjahr 1913 einen Rückgang der Säuglingssterblichkeit um ungefähr 40% im Vergleich zur Vorkriegszeit erkennen. Gewiß ist dies als ein Erfolg der Wissenschaft und der Tätigkeit der Ärzte anzusprechen, andererseits darf man nie außer Acht lassen, daß damit auch ein Absinken der Geburtenziffer bis 1933 verbunden war. Bevölkerungspolitisch gesehen ist das Absinken der Säuglingssterblichkeit nur dann eine erfreuliche Tatsache, wenn damit ein Anstieg der Geburtenziffer zu verzeichnen ist. Aus diesem Grunde haben Säuglingsfürsorge und andere sozial-hygienische Maßnahmen erst dann Sinn und Zweck, wenn es gelingt, die Geburtlichkeit zu erhöhen, wenn, bildlich gesprochen, die beiden Kurven nicht nebeneinander verlaufen, sondern sich überschneiden, wenn eine hochstrebende Natalitätskurve über die Mortalitätskurve die Oberhand gewinnt.

Bei Vergleich der einzelnen statistischen Ergebnisse für die verschiedenen Gaue Deutschlands ergibt sich bei näherem Studium der Statistik, daß Bayern sowohl im Jahre 1913 als auch in den Jahren 1930—36 an der Spitze steht. Bayern hat im Jahre 1936, wenn man die neuesten Zahlen anführen will, eine Säuglingssterblichkeit von 8,1%, also 1,5% höher als der Durchschnitt für das Deutsche Reich beträgt. Das Saarland, das seit 1932 auch mit in die statistischen Erhebungen des Deutschen Reiches einbezogen ist, kommt mit 7,5% am nächsten an Bayern heran, während dann Lübeck und Mecklenburg mit je 6,6% folgen. Die beste Säuglingssterblichkeitsziffer zeigt Schaumburg—Lippe mit 4,2%.

IV. Die Säuglingssterblichkeit Bayerns.

In der Frage der Säuglingssterblichkeit eine so ungünstige Stellung einzunehmen, verdankt Bayern den hohen Mortalitätsziffern Niederbayerns und der Oberpfalz.

Von 100 Säuglingen starben im 1. Lebensjahr:

Regierungsbezirke	1930	1931	1932	1933	1934
Oberbayern	10,6	10,4	9,3	9,5	8,1
Niederbayern	16,9	16,2	14,3	14,5	12,2
Pfalz	7,4	7,8	7,7	7,1	6,3
Oberpfalz	14,5	13,7	12,6	13,4	10,8
Oberfranken	9,2	8,3	8,0	8,5	6,8
Mittelfranken	9,0	7,9	7,8	8,0	6,6
Unterfranken	8,9	8,1	7,9	8,2	6,7
Schwaben	10,3	9,6	8,9	8,8	7,7

Wie aus obenstehender Tabelle hervorgeht, zeigt Niederbayern die höchste Ziffer von sämtlichen Regierungsbezirken Bayerns mit 12,2 Proz. im Jahre 1934. Dann folgt die Oberpfalz mit ebenfalls sehr hoher Sterbeziffer von 10,8 Proz. Relativ hohe Mortalitätsziffer hat noch Oberbayern und Schwaben aufzuweisen mit 8,1 bzw. 7,7 Proz. Ihnen schließen sich an Unterfranken mit 6,7 Proz., Oberfranken mit 6,8 Proz. und Mittelfranken mit 6,6 Proz. Die geringste Säuglingssterblichkeit hat die Pfalz mit 6,3 Proz.

Die hohe Mortalität der Säuglinge Niederbayerns ist nach Bakkert auf folgende Ursachen zurückzuführen: Die schlechten finanziellen Verhältnisse Niederbayerns, besonders der Bevölkerung des Bayrischen Waldes, wo größte Not und Armut herrscht. Außerdem eine hohe Frühsterblichkeit, bedingt durch unsachgemäße Pflege und durch eine schon in den ersten Lebenstagen der Säuglinge einsetzende künstliche Ernährung. Die dadurch hervorgerufenen Magen- und Darmstörungen sind immer noch in mehr als 50 Proz. die Todesursache der Säuglinge Niederbayerns. Ähnlich liegen die Verhältnisse in der Oberpfalz, wo wirtschaftliches Elend, Unzugängigkeit der Bewohner gegenüber Neuerungen, schwere Arbeit der Schwangeren bis kurz vor der Geburt, falsche Ernährung der Säuglinge die tieferen Hintergründe für die hohe Sterblichkeitsziffer darstellen.

V. Die Säuglingssterblichkeit Mainfrankens.

Von einem Land sagen zu können, es hat eine günstige bezw ungünstige Säuglingssterblichkeit ist erst dann möglich, wenn man zum Vergleich die statistischen Ergebnisse anderer Länder heranzieht. Deshalb soll an Hand nachfolgender Tabelle gezeigt werden, welche Stellung die 4 Rhönkreise des Notstandsgebietes bezüglich der Säuglingssterblichkeit einnehmen.

Auf 100 Lebendgeborene treffen im ersten Jahre Gestorbene:

Bezirksämter:	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	Durchschnitt 1930-36
Alzenau	6,9	8,1	8,8	7,4	7,4	6,4	6,3	7,3
Aschaffenburg	7,8	8,0	8,3	8,0	6,7	7,6	5,7	7,4
Bad Kissingen	10,0	11,0	7,8	9,0	8,2	8,8	5,6	8,6
Bad Neustadt/S.	9,0	10,0	8,6	9,1	5,7	8,8	8,4	8,5
Bad Brückenau	6,0	10,7	12,2	5,9	5,2	5,6	5,0	7,2
Ebern	8,5	10,6	9,4	8,6	8,7	8,2	8,1	8,8
Gemünden	5,5	9,0	8,5	10,4	5,5	5,7	6,9	7,3
Gerolzhofen	11,7	9,7	7,6	9,6	6,5	7,9	9,1	8,8
Hammelburg	7,2	8,1	8,8	8,5	4,0	10,6	6,8	7,7
Haßfurt	11,8	10,9	12,6	11,1	8,0	8,5	12,9	10,8
Hofheim	8,6	12,3	6,1	7,8	3,5	5,0	7,6	7,2
Karlstadt	10,1	9,9	8,1	7,0	7,7	6,9	11,2	8,7

Bezirksämter:	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	Durchschnitt 1930 36
Kitzingen	8,9	6,3	7,3	8,8	6,9	5,7	5 8	7,1
Königshofen i. Gr.	10,0	6,6	7,1	8,2	7,6	6,1	9,2	7,8
Lohr	10,4	9,7	10,5	9,8	6,9	7,3	10,6	9,3
Marktheidenfeld	7,4	7,7	6,4	6,3	5,9	6,3	6,2	6,5
Mellrichstadt	12,5	4,6	6,8	5,7	6,3	5,8	8,0	7,1
Miltenberg	8,4	6,0	6,1	6,6	6,0	7,3	7,2	6,8
Obernburg	8,9	7,3	8,1	9,3	7,6	8,8	4,1	7,7
Ochsenfurt	9,0	9,0	7,7	10,4	9,2	6,9	6,8	8,4
Schweinfurt	8 1	7,9	7,2	9,6	7,1	7,4	8,9	8,0
Würzburg	12,3	11,5	8,4	8,3	7,5	7,6	10,7	10,9

Der für die Jahre 1930—1936 errechnete Durchschnitt zeigt, daß das Bezirksamt Würzburg mit 10.9 Proz. an erster Stelle steht und Haßfurt mit einem nur geringen Unterschied von 0,1 Proz, also mit einer Sterblichkeit von 10,8 Proz. folgt. In der Folge Lohr mit 9,3, Gerolzhofen und Ebern mit je 8,8 und Karlstadt mit 8,7 Proz. Noch relativ ungünstige Ergebnisse in dieser Reihenfolge die Rhönbezirke Bad-Kissingen mit 8,6, Bad-Neustadt mit 8,5 Proz., gefolgt von Ochsenfurt mit 8,4, Schweinfurt mit 8,0, Königshofen i. Grabfeld mit 7,8, Obernburg und Hammelburg mit je 7,7, Aschaffenburg mit 7,4, Alzenau und Gemünden mit je 7,3 Proz. Die zwei übrigen Rhönbezirke Bad-Brückenau und Mellrichstadt zeigen eine Sterblichkeitsziffer von 7,2 bezw. 7.1 und mit ihnen auf gleicher Stufe stehen Hofheim mit 7,2 und Kitzingen mit 7,1. Am günstigsten verhalten sich Miltenberg mit 6.8 und Marktheidenfeld mit 6,5 Proz.

VI. Die Säuglingssterblichkeit des Notstandsgebietes.

Die Säuglingssterblichkeit der 4 Rhönkreise nocheinmal gesondert zu betrachten, sei Zweck der nachstehenden Tabelle. Es werden sich im Vergleich mit der vorhergehenden Statistik einige, wenn auch nicht nennenswerte Unterschiede ergeben; deshalb sei vorweggenommen, daß es sich in diesem Kapitel um eine statistische Erfassung der Notstandsgebiete durch die N. S. V. handelt und demzufolge die Gebietseinteilung und Erfassung der Gemeinden eine andere ist, als die der Bezirksämter. Außerdem war eine statistische Erhebung in den Notstandsgebieten der Rhön nur von den Jahren 1930—1935 möglich.

	1930	1931	1932	1933	1934	1935	Durchschn. 1930 35
Bad Brückenau							
Einwohner	14225	14257	14209	13989	13961	13969	
Lebendgeborene	253	227	196	172	214	225	
Im 1. Lebensjahr †	13	24	24	10	9	13	
In Prozent	5,1	10,5	12,2	5,8	4,2	5,7	7,3
Bad Kissingen:							
Einwohner	31879	32062	32243	32032	32069	32182	
Lebendgeborene	669	643	594	556	273	607	
Im 1. Lebensjahr †	69	66	33	41	44	55	
In Prozent	8,8	10,3	5,6	7,4	7,7	9,6	8,3
Bad-Neustadt/S.:							
Einwohner	21490	21618	21847	22031	22141	22299	
Lebendgeborene	474	451	444	402	494	505	
Im 1. Lebensjahr †	41	47	38	40	28	47	
In Prozent	8,8	10,4	8,5	9,9	5,6	9,3	8,8
Mellrichstadt:							
Einwohner	14327	14382	14520	14519	14529	14550	
Lebendgeborene	289	300	266	252	263	252	
Im 1. Lebensjahr †	34	14	16	14	15	16	
In Prozent	11,7	4,6	6,0	5,5	6,4	6,3	6,8

Der Kurvenverlauf der Säuglingssterblichkeit in den Notstandsgebieten der Rhön zeigt ein sehr wechselvolles Bild. Man ist eigentlich geneigt anzunehmen, daß die Kurve wie die der Statistik des Deutschen Reiches eine absinkende Tendenz zeigt. Doch findet dieser Unterschied seine Erklärung in der Tatsache, daß in einem mit dem Deutschen Reich verglichenen so kleinen Gebiet, wie es die Rhön darstellt, eine etwa auftretende Epidemie sich zahlenmäßig ganz anders auf die Statistik auswirken muß.

Die höchste Sterblichkeitsziffer der Säuglinge zeigt Bad Neustadt a. S. mit einem 1930—35 errechneten Durchnitt von 8,8 Proz. Dann folgt Bad-Kissingen mit durchschnittlich 8,3 Proz., während Bad-Brückenau eine Sterblichkeit von 7,3 Proz. aufweist. Am günstigsten verhält sich Mellrichstadt mit einem Durchschnitt von 6,8 Proz.

Aus diesen Mortalitätsziffern ist ersichtlich, daß die Sterblichkeit der Säuglinge in der Rhön im Vergleich zu anderen Gauen eine Mittelstellung einnimmt. Die Rhönkreise haben zwar nicht die hohen Sterblichkeitsziffern wie andere Notstandsgebiete; wie z. B. die Ostmark, wie aus folgender Tabelle hervorgeht:

Säuglingssterblichkeit der Bayer. Ostmark 1930—36.

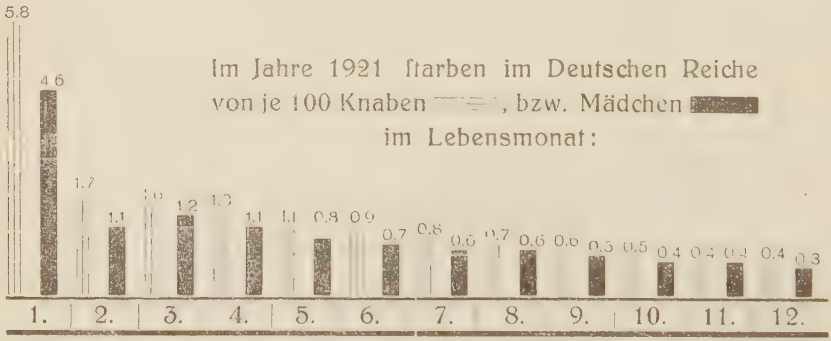
Von 100 Säuglingen starben im 1. Lebensjahr:

	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936
Niederbayern	16,9	16,2	14,3	14,5	12,2	12,7	11,4
Oberpfalz	14,5	13,7	12,6	13,4	10,8	12,4	11,5
Oberfranken	9,2	8,3	8,0	8,5	6,8	7,5	8,1

Aber diese immer noch relativ hohen Mortalitätsziffern der Rhön — vielleicht ausgenommen Mellrichstadt — führen leider nur zu deutlich zu der Erkenntnis, daß wirtschaftliche Not und soziales Elend zum größten Teil an dieser bitteren Tatsache Schuld tragen. Dieses Ergebnis ist aber auch zugleich richtungweisend, wo die Hebel zur Beseitigung dieser mißlichen bevölkerungspolitischen Verhältnisse einzusetzen sind. So ist es eine verantwortungsreiche aber auch schöne Aufgabe, im Rahmen einer planmäßigen und zielbewußten Säuglingsfürsorge wertvolles Leben vor dem Untergange zu bewahren und andererseits den Eltern Mittel in die Hand zu geben ihren Säuglingen bessere und sachgemäße Pflege angedeihen zu lassen.

VII. Die Frühsterblichkeit und ihre Ursachen.

Bringt man die Sterblichkeit der Säuglinge in die bestimmte Gliederung nach Lebensmonaten, so kommt man nach Roesle, der diese Einteilung auf Grund statistischen Materials des Reichsamtes vorgenommen hat, zu folgendem Ergebnis:



Nach dieser Tabelle ergibt sich, daß die Säuglingssterblichkeit im 1. Lebensmonat am höchsten ist, im 2. Monat bei den Knaben auf weniger als $^1/_3$, bei den Mädchen auf weniger als $^1/_4$ der Sterblichkeit des ersten Monates abfällt. In den folgenden Monaten verläuft dann die Kurve allmählich absteigend, um im 9. Monat nur noch $^1/_{10}$ der Sterblichkeit des 1. Monats zu betragen. Auf Grund dieser Tatsache kam Rott zu dem Schluß: Die Säuglingsmortali-

tät wird maßgebend von der Höhe der Säuglingssterblichkeit im ersten Monat beeinflußt.

Diese Feststellung nun im einzelnen auf die bevölkerungspolitischen Verhältnisse der Rhön zu übertragen, sei Zweck der nachfolgenden Ausführungen.

Säuglingssterblichkeit im 1. Monat.

	1932		1933		1934		1935		1936		1937	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
B.-Brückenau	19	76,9	3	43,5	3	40,7	6	62,5	10	71,4	3	33,3
B.-Kissingen	23	45,5	27	52,6	29	52,6	34	58,8	19	47,6	29	37,0
Mellrichstadt	—	—	6	47,6	6	47.6	6	37,0	7	32,3	9	43,5
B.-Neustadt	27	71,4	20	45,5	11	38,5	27	45,5	19	41,7	22	52,6

Auf Grund vorstehender Tabelle ist festzustellen, daß sich die Werte der Säuglingssterblichkeit im 1. Monat zwischen 32,3 und 76,9 Proz. bewegen. Die Kurve weist aber derartige Schwankungen auf, daß aus den angegebenen Zahlenwerten keine Schlüsse gezogen werden können, inwieweit die Säuglingssterblichkeit im 1. Monat die Gesamtsterblichkeit beeinflußt.

Welche Ursachen im einzelnen für die Sterblichkeit in Frage kommen, geht aus nachstehender Tabelle hervor:

		Angebor. Lebens-schwäche	Krankh. d. Atm.-Organ.	Krankh. d. Verd.-Organ.	Krankh. d. Zentr.-Nrv.-Syst.	Andere Krankh.	Im 1. Jahr gest.
Brückenau	1932	12	1	1	2	3	19
	1933	1	2	—	—	—	3
	1934	3	—	—	—	—	3
	1935	4	—	—	1	1	6
	1936	8	1	—	—	1	10
	1937	3	—	—	—	—	3
Kissingen	1932	17	1	—	—	5	23
	1933	14	—	—	4	9	27
	1934	21	1	3	1	3	29
	1935	15	2	1	2	14	34
	1936	10	—	—	—	9	19
	1937	18	—	1	1	9	29
Mellrichstadt	1932	—	—	—	—	—	—
	1933	5	1	—	—	—	6
	1934	6	—	—	—	—	6
	1935	2	1	1	—	2	6
	1936	6	—	1	—	—	7
	1937	7	—	—	2	—	9
Neustadt	1932	12	3	1	5	6	27
	1933	14	2	1	—	3	20
	1934	10	—	—	1	—	10
	1935	21	1	2	2	1	27
	1936	15	1	—	1	2	19
	1937	14	4	—	—	4	22

Die Tabelle zeigt, daß als Haupttodesursache im 1. Monat die „Angeborene Lebensschwäche“ den breitesten Raum einnimmt. Aus den Leichenschauscheinen der einzelnen Bezirke, die als Unterlagen für diese Tabellen verwendet wurden, ist zu erkennen, daß in sehr vielen Fällen, wo es sich um eine nicht lebensfähige Frucht handelt, eine Frühgeburt die eigentliche Ursache für die „Angeborene Lebensschwäche“ darstellt. Weiterhin spielen eine wichtige Rolle die „Krankheiten des Zentralnervensystems“, die immer noch ziemlich häufig auf den Leichenschauscheinen als Todesursache angegeben werden. Die „Krankheiten der Atmungsorgane“, sowie auch die „Krankheiten der Verdauungsorgane“ sind in den letzten Jahren immer mehr zurückgegangen, da durch den Einsatz ausgebildeter Säuglingsschwestern — gerade in der Rhön — eine bessere Pflege und zweckmäßigere Ernährung durchgeführt wird. In der Spalte „Andere Krankheiten“ sind alle übrigen Krankheiten des Säuglingsalters zusammengefaßt, unter denen „Geburtsfolgen“ als eine der häufigsten Todesursachen anzutreffen ist.

Die Säuglingssterblichkeit des 1. Monates wird nun wiederum wesentlich beeinflußt durch die Sterblichkeit in den ersten 3 Tagen (Rott). Inwieweit dies bei der Rhön der Fall ist, zeigt folgende Tabelle:

Säuglingssterblichkeit in den ersten 3 Tagen.

	1932		1933		1934		1935		1936		1937	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Brückenau	7	27,7	1	14,3	2	25 0	3	33,3	6	43,5	2	20,0
Kissingen	15	29,4	13	25,6	18	33.3	24	40,0	11	28 6	19	24,4
Mellrichstadt	—	—	3	25.0	3	25.0	2	12,5	5	22,7	5	23,8
Neustadt	8	21,3	9	20,0	9	31,3	14	23,8	6	13.3	13	31,3

Die vorstehende Tabelle, die die Säuglingssterblichkeit in den ersten 3 Tagen zeigt, weist Werte auf, die zwischen 13,3 und 43,5 Proz. schwanken. Die Variationsbreite zwischen dem niedrigsten und höchsten Wert ist natürlich zu groß, als daß man diesen Zahlen irgendwelche statistische Bedeutung beimessen könnte. Auch ist das aufgeführte Zahlenmaterial zu klein, die Angaben, aus denen diese Zahlenwerte errechnet wurden, zu ungenau, um daraus irgendwelche Rückschlüsse ziehen zu können.

Die Säuglingssterblichkeit der Unehelichen.

Neben den verschiedensten Faktoren, die auf die Säuglingssterblichkeit eines Landes wesentlichen Einfluß haben — wie Frühsterblichkeit, medizinische Betreuung eines Landes, Lebenshaltung der Bewohner, Pflege und Ernährung der Säuglinge, Klima und Jahreszeit — ist keineswegs außer acht zu lassen, daß auch die Sterblichkeit der unehelich geborenen Säuglinge mit eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt. Daß diese Säuglinge größeren Fährnissen des Lebens ausgesetzt sind als die Ehelichen, ist wohl klar; denn

in den meiſten. wenn nicht in allen Fällen iſt es doch so, daß das Kind unerwünscht iſt. Demgemäß wird diesem Säugling kaum die Pflege zugewandt, die eigentlich zu seiner Lebenshaltung und seinem Gedeihen nötig wäre. Wo der Wille zum Kind fehlt, fehlt auch das Verantwortungsbewußtsein gegenüber dem eigenen Fleisch und Blut. Ein weiterer Grund iſt vielfach, wie auch Backert für Niederbayern schreibt, die zwingende Notwendigkeit für die Mutter für ihren Lebensunterhalt selbſt sorgen zu müssen. Schwere Arbeit nach einem sehr kurzen Wochenbett bergen mannigfache Gefahren für das keimende Leben in sich. Schwere Arbeit, bei der auch eine traumatische Gewalteinwirkung während der Schwangerschaft erfolgen kann, führt leicht zu einer vorzeitigen Entbindung und der damit zwangsweise verbundenen Lebensschwäche des Kindes.

Diese und noch manche andere Tatsachen sind also für die Sterblichkeit der unehel. geborenen Säuglinge von überaus weittragender Bedeutung.

Auf die Frage, wie hoch in unserem Falle die Säuglingsſterblichkeit der Unehelichen in der Rhön sei, gibt nachfolgende Tabelle eine Antwort.

Säuglingsſterblichkeit der unehelichen Säuglinge.

Bezirksamt	Jahr	Lebendgeb. unehel.	† Säugl. unehel.	Von 100 Leb.-Geboren. †
Brückenau	1930	12	1	8,3
	1931	8	2	25,0
	1932	14	4	28,6
	1933	19	1	5,3
	1934	12	3	25,0
	1935	7	—	—
	1936	17	3	17,6
Kissingen	1930	26	6	23,1
	1931	42	6	14,3
	1932	49	6	12,2
	1933	48	6	12,5
	1934	35	2	5,7
	1935	38	2	5,3
	1936	35	2	5,7
Mellrichſtadt	1930	10	2	20,0
	1931	12	—	—
	1932	7	1	14,3
	1933	14	1	7,1
	1934	17	—	—
	1935	11	1	9,1
	1936	15	3	20,0
Neuſtadt	1930	10	2	20,0
	1931	12	—	—
	1932	7	1	14,3
	1933	14	1	7,1
	1934	17	—	—
	1935	11	1	9,1
	1936	15	3	20,0

Die Tabelle über die Sterblichkeit der unehelich geborenen Säuglinge zeigt ein sehr wechselhaftes Ergebnis. Man hat Werte bis zu 25 Proz. Mortalität, während in einzelnen Jahren eine Sterblichkeit von 0 Proz. aufzuweisen ist. Es ist deshalb eine genaue statistische Auswertung unmöglich — eine derartige Statistik würde jeder realen Grundlage und Zuverlässigkeit entbehren. Einerseits ist das verwandte Zahlenmaterial zu klein, andererseits ist der Zeitraum, in dem diese statistischen Erhebungen angestellt wurden, zu eng, um aus diesen Zahlen etwas herauslesen zu können.

Abschließend kann jedenfalls gesagt werden, daß die Sterblichkeit der unehelich Geborenen mit eine Rolle spielt, welchen Kurvenverlauf die Säuglingssterblichkeit eines Landes nimmt. So ist zugleich ein Weg aufgezeigt, den die Säuglingsfürsorge beschreiten muß, will sie den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit erfolgreich bestehen.

IX. Die Todesursachen der Säuglinge.

Um eine erfolgreiche fürsorgerische Tätigkeit entfalten zu können und geplante sozial-hygienische Maßnahmen nicht schon von vorneherein als aussichtslos verwerfen zu müssen, ist es neben der statistischen Feststellung der Säuglingssterblichkeit von überaus großer Wichtigkeit, auch über die Todesursachen genau orientiert zu sein, die die Säuglingssterblichkeit verursachen. Erst durch diese Erkenntnis ist man in die Lage versetzt, durch entsprechende fürsorgerische Maßnahmen in diese oder jene Richtung zu wirken, die Bevölkerung über grundlegende Forderungen der Hygiene und gesunden Lebenshaltung aufzuklären und vorhandene Übel in ihrer Wurzel zu erfassen und zu beseitigen.

Durch Einsichtnahme in die Leichenschauscheine der einzelnen Bezirksämter der Rhön unmittelbar an Ort und Stelle war es möglich, die Todesursachen, die die Säuglingssterblichkeit der Rhön maßgebend beeinflussen, in eine statistische Form zu kleiden.

Welche Ursachen im einzelnen für die Sterblichkeit in Frage kommen, geht aus nachstehender Tabelle hervor.

		Angebor. Lebens-schwäche	Krankh. d. Atm.-Organ.	Krankh. d. Verd.-Organ.	Krankh. d. Zentr.-Nrv.-Syst.	Andere Krankh.	Im 1. Jahr gest.
Brückenau	1932	15	5	1	3	1	25
	1933	1	5	—	—	1	7
	1934	3	1	2	1	1	8
	1935	4	2	—	3	1	10
	1936	9	3	—	—	2	14
	1937	3	4	1	—	2	10
Kissingen	1932	20	16	4	2	9	51
	1933	15	10	6	8	12	51
	1934	26	14	4	3	7	54
	1935	20	8	4	10	17	59
	1936	11	7	3	3	15	39
	1937	18	27	5	9	12	61
Mellrichstadt	1932	—	—	—	—	—	—
	1933	6	6	—	1	—	13
	1934	9	1	1	1	1	13
	1935	2	8	1	—	5	16
	1936	7	9	3	1	2	22
	1937	7	6	3	3	2	21
Neustadt	1932	15	6	2	8	7	38
	1933	15	11	2	6	11	45
	1934	14	4	4	4	3	29
	1935	28	12	6	6	7	59
	1936	18	15	2	4	6	45
	1937	16	15	4	1	6	42

Aus dieser statistischen Zusammenstellung ist ohne weiteres zu erkennen, daß die Todesursachenstatistik zum größten Teil von der Todesursache „Angeborene Lebensschwäche" beherrscht wird. So sind z. B. im Jahre 1932 im Bezirk Bad-Brückenau von 25 Sterbefällen allein 15 auf „Angeborene Lebensschwäche" zurückzuführen. Auch in den folgenden Jahren bildet die „Angeborene Lebensschwäche" die Haupttodesursache. Ebenso steht fast durchwegs in den übrigen Rhönkreisen die „Angeborene Lebensschwäche" als Todesursache an erster Stelle.

Als die zweithäufigste Todesursache sind die „Krankheiten der Atmungswege" zu nennen. Bei Bad-Brückenau und Bad-Kissingen ist gegenüber der „Angeborenen Lebensschwäche" ein Übergewicht und bei Mellrichstadt und Bad-Neustadt ein Gleichstand festzustellen. Das gehäufte Auftreten von Bronchitis und Pneumonie im Jahre 1937 dürfte wohl auf die ungünstige, wechselnde Witterung zurückzuführen sein.

Eine weitere wichtige Todesursache, die man in den Leichenschauscheinen immer wieder verzeichnet findet, sind die „Krankheiten des Zentralnervensystems", worunter in der Hauptsache als Todesursache die Bezeichnung „Krämpfe" angegeben ist.—In vielen Fällen ist es natürlich so, daß eine Säuglingskrankheit, die von den El-

tern nicht ohne weiteres mit einem landläufigen Namen bezeichnet werden kann, mit „Krämpfen“ einhergeht und deshalb als sinnfälliges Zeichen der Erkrankung auch als Todesursache angesehen wird. So und so oft kommt es vor, daß kein Arzt gerufen wird, der eine genaue Diagnose stellen könnte; man ist daher einzig und allein bei der Ausfertigung der Totenscheine auf die Angaben der Eltern angewiesen, oder die Leichenschau wird überhaupt, wie es noch in einzelnen Gegenden der Rhön der Fall ist, von Laien durchgeführt. Daß aus diesen Gründen eine auf Grund der Leichenschauscheine aufgestellte Statistik nicht den Anspruch auf absolute Zuverlässigkeit erheben kann, ist selbstverständlich.

An 4. Stelle in der Reihe der Todesursachen folgt die Gruppe der „Krankheiten der Verdauungsorgane“, die durch sorgsame Betreuung der Säuglinge und Aufklärung der Mütter in Ernährungs- und Pflegefragen durch geschulte und lebenserfahrene Fürsorgeschwestern als Todesursache in den letzten Jahren immer mehr in den Hintergrund treten.

Die letzte große Todesursachengruppe ist in der Statistik unter dem Namen „Andere Krankheiten“ vorzufinden. In dieser Gruppe sind alle übrigen, das Säuglingsalter betreffenden Krankheiten zusammengefaßt. Man findet darunter am häufigsten die Bezeichnung „Geburtsfolgen“ als Todesursache. Auch Herzschwäche und Kreislaufschwäche ist des öfteren als Ursache in den Leichenschauscheinen genannt. Nur in ganz vereinzelten Fällen sind Infektionskrankheiten als Todesursache angegeben, ein Umstand, der seine Erklärung darin findet, daß der Säugling bei seiner Geburt von der Mutter Immunstoffe mit auf den Lebensweg erhält und in der ersten Zeit etwa eindringenden Krankheitserregern mit Erfolg Widerstand zu leisten vermag.

Rückblickend ist festzustellen, daß in fast 50 % aller Sterbefälle die „Angeborene Lebensschwäche“ als Todesursache in Frage kommt und die Säuglingssterblichkeit der Rhön in ihrer Höhe maßgebend beeinflußt.

X. Säuglingssterblichkeit und Jahreszeit.

Nach Rietschel erschien die erste Schrift über die Sommersterblichkeit der Säuglinge im Jahre 1789, herausgegeben von einem Amerikaner Rush zu einer Zeit, in der die Sommersterblichkeit in den Städten Nordamerikas eine längst bekannte und ebenso gefürchtete Säuglingskrankheit war, während man in Deutschland erst vor 80—90 Jahren auf einen Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit aufmerksam wurde. Mit der beginnenden Industrialisierung in der Mitte des vorigen Jahrhunderts, die eine Zusammenballung der Menschen in Großstädten mit sich brachte, tritt die Sommersterblichkeit der Säuglinge erst so recht in Erscheinung. Zwar sank in den folgenden Jahren die Kurve in recht erheblichem Maße ab, aber trotzdem ist heute immer noch eine recht beachtliche Höhe der Sommer-

sterblichkeit festzustellen. Interessant ist die Tatsache, daß in den letzten Jahren der Sommergipfel immer mehr in sich zusammensank und an seiner Stelle vielfach ein Wintergipfel Platz griff.

Wie sich nun die Jahreszeit im speziellen Fall auf die Säuglingssterblichkeit in der Rhön auswirkt, sei an Hand folgender Tabelle dargelegt.

Säuglingssterblichkeit in den einzelnen Monaten des Jahres 1936.

	Jan.	Febr.	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug.	Sept.	Okt.	Nov.	Dez.
Brückenau	11,1	16,6	—	11,1	—	5,6	5,6	5,6	11,1	5,6	5,5	22,2
Kissingen	8,3	6,5	4,2	12,5	4,2	4,2	6,2	8,3	10,4	12,5	10,4	12,5
Mellrichst.	12,0	8,0	8,0	8,0	8,0	12,0	—	8,0	12,4	8,0	4,0	12,0
Neustadt	15,9	6,8	2,3	9,1	9,1	4,5	9,1	13,7	11,4	6,8	4,5	6,8

Bei Betrachtung der Kurve für Bad-Brückenau ergibt sich ein sehr lebhaftes Bild. Die Sterblichkeit beginnt in den Wintermonaten Januar und Februar mit sehr hohen Werten von 11,1 bezw. 16,6, kehrt im März zum Nullpunkt zurück, um dann im April wieder auf 11,1 anzusteigen. Der Verlauf der Kurve während der Sommermonate zeigt normale Werte von 5,6 und im September beginnt von neuem ein Anstieg auf 11,1. Während im Oktober und November sich die Werte wieder in normalen Höhen bewegen, steht am Ende des Jahres ein Anstieg auf 22,2 Proz.

Im Bezirk Bad-Kissingen die gleichen sprunghaft wechselnden Ergebnisse. Hinter einem Jahresanfangswert von 8,3 ein Absinken auf normale Werte, in der Folge ein Ansteigen auf 12,5 im April. In den Sommermonaten besteht eine geringe Erhöhung, ohne aber die zunehmenden Werte der Herbst- und Wintermonate zu erreichen.

Im Bezirk Mellrichstadt scheint die Jahreszeit auf die Säuglingssterblichkeit den geringsten Einfluß auszuüben. Die anfängliche Ziffer von 12 Proz. zeigt außerdem noch Juni, Sept. und Dez., sodaß man eigentlich weder von einem Sommer-, noch einen Wintergipfel sprechen könnte.

Die Kurve von Bad-Neustadt beginnt mit 15,9, verläuft dann unregelmäßig, läßt aber trotzdem einen leichten Anstieg während der Sommermonate erkennen.

Abschließend kann man sagen, daß bei Brückenau die Sterblichkeit im Winter eine bedeutend höhere ist als im Sommer, während bei Bad-Kissingen ein leichter Sommergipfel besteht, der aber von einem höheren Wintergipfel überragt wird. Der Kurvenverlauf von Mellrichstadt zeigt keine Besonderheiten. Bei der Kurve von Bad-Neustadt ist ein leichtes Ansteigen der Sterblichkeit im Sommer zu beachten, ohne aber einen typischen Sommergipfel erkennen zu lassen.

XI. Die wirtschaftlichen Verhältnisse in der Rhön.

Wie in dem Kapitel über den Rückgang der Säuglingssterblichkeit bereits dargelegt, haben neben anderen Momenten, die die Säug-

lingssterblichkeit beeinflussen, für die Lebenserwartung der jüngsten Erdenbürger auch äußere Umweltseinflüsse große Bedeutung. So sind die wirtschaftlichen Verhältnisse, in denen ein Volk lebt, mitbestimmend, welchen Verlauf die Kurve der Säuglingssterblichkeit nimmt, sei es nach der günstigen oder ungünstigen Seite hin. Aus diesem Grunde sei im folgenden eine kurze Schilderung der wirtschaftlichen Verhältnisse der Rhön gegeben.

Zur Orientierung, in welchen einzelnen Berufsgruppen die Rhönbewohner tätig sind, dient die nachstehende Tabelle.

Beschäftigung fanden in:	Rhön im ganzen %	Hochrhön %
Landwirtschaft	56,4	62,4
Industrie	18,9	7,9
Handel	10,2	12,0
Sonstige und Unbeschäftigte	14,5	28,7
	100,0	100,0

Nach der vorliegenden Tabelle könnte man zu der Auffassung kommen, daß eigentlich bei der Rhön nicht von Notstandsgebiet gesprochen werden könne, da doch über die Hälfte der Bevölkerung in der Landwirtschaft beschäftigt sei. Mit dieser Meinung wäre man ohne weiteres im Recht, wenn es nicht eine unumstößliche Tatsache wäre, daß von 13735 landwirtschaftlichen Betrieben 11552 nicht lebensfähig wären. Der Ernteertrag in diesen Betrieben reicht nur von Ende August bis Ende November und von diesem Zeitpunkt an bis zur nächsten Ernte leben die Rhönbauern von zusätzlicher Nahrung, die in vielen Familien nur aus Kartoffeln und Magermilch besteht. Wer könnte da noch von gesunden landwirtschaftlichen Verhältnissen reden?

Ein weiteres für die ungünstigen wirtschaftlichen Verhältnisse der Rhön sprechendes Moment ist die Unmöglichkeit, eine rationelle Bodenbewirtschaftung durchzuführen — eine Folge der ungeheuren Bodenzersplitterung. So müssen viele Bauern große Wegstrecken mit ihren Spannfuhrwerken zurücklegen, bevor sie überhaupt an ihre Grundstücke gelangen, um dann ihr Feld bestellen zu können. Daß bei diesen Raumverhältnissen viel Zeit, Menschen- und Tierkraft ungenutzt auf dem Wege bleiben mußte, andererseits die Überanstrengung der Zugtiere infolge des bergigen Geländes und der schlechten Wegverhältnisse sich auf die Milchwirtschaft ungünstig auswirken mußte, bedarf keiner weiteren Erörterung.

Weiterhin war es das fränkische Erbrecht, das die Existenzmöglichkeit auf Grund und Boden immer mehr verringerte; denn nach diesem Erbrecht wurde der ohnedies kaum zur Ernährung der Familie ausreichende Besitz beim Tode des Vaters unter sämtlichen Kindern aufgeteilt, sodaß es den Kindern unmöglich war, mit diesem Stückchen Land eine Familie zu gründen und sie in einem menschenwürdigen Dasein zu ernähren. Daher muß es für die

Rhönbewohner als großes Glück bezeichnet werden, daß die Einführung des Erbhofgesetzes hier gründlich Wandel schaffte.

Wohl hätte das Fehlen lebensfähiger landwirtschaftlicher Betriebe durch Arbeitsmöglichkeit in der Industrie ausgeglichen werden können. Aber diese waren auch nicht vorhanden, wie es zu einem nutzbringenden Ausgleich erforderlich gewesen wäre. Es gab zwar in der Rhön Basalt Industrie und Sägewerke, die aber insbesondere zu Beginn des Jahres 1933 an Überproduktion litten. Der Konkurrenzkampf verschärfte sich immer mehr, die Preise wurden gedrückt, was dann letzten Endes zur Entlassung vieler Arbeiter führte. Die Ansiedlung anderer Industriezweige wurde bald auf Grund der schlechten Verkehrserschließung und der daraus sich ergebenden erschwerten Absatzmöglichkeit wieder aufgegeben. Ist es da zu verwundern, wenn ein Großteil der Bevölkerung ins Ausland abwanderte und sein Heil in der Fremde suchte? So ging viel rassisch vollwertiges Menschenmaterial dem Volksganzen unwiderbringlich verloren. So lagen die wirtschaftlichen Verhältnisse, in denen man die Rhönbevölkerung vor der Machtergreifung des Nationalsozialismus antraf.

In den 5 Jahren des nationalsozialistischen Deutschlands wurde in der Rhön wohl manchem Übel durch das Rhön-Hilfswerk abgeholfen und mancher wirtschaftliche Erfolg errungen, doch muß man sich auch darüber im Klaren sein, daß es ein Ding der Unmöglichkeit ist, die schon Jahrzehnte herrschende Not im Laufe von ein paar Jahren in blühenden Wohlstand zu verwandeln. In zäher Kleinarbeit vielmehr muß eine völlige Umgestaltung der wirtschaftlichen Struktur der Rhön erfolgen, eine sehr schwere, aber dennoch nicht unmögliche Aufgabe.

XII. Zusammenfassung.

Blicken wir noch einmal auf die angestellten statistischen Untersuchungen über die Säuglingssterblichkeit im Notstandsgebiet der Rhön zurück, so kommen wir zu folgendem Ergebnis:

Die Säuglingssterblichkeit der Rhön nimmt im Vergleich zu anderen Notstandsgebieten und zu Gebieten, die eine günstige Sterblichkeitsziffer aufzuweisen haben, eine Mittelstellung ein.

Die Säuglingssterblichkeit wird beeinflußt durch die hohe Sterblichkeit sowohl im 1. Monat als auch in den ersten 3 Lebenstagen.

Ein weiterer maßgebender Faktor ist die relativ hohe Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge.

Der Einfluß der Jahreszeit auf die Säuglingssterblichkeit äußert sich in einem leichten Anstieg in den Sommermonaten, während aber auch das Auftreten eines Wintergipfels gleichzeitig mehr und mehr in Erscheinung tritt.

Ebenso ist es die finanzielle und wirtschaftliche Notlage der Rhönbewohner, die eine sachgemäße und notwendige Pflege der Säuglinge zu einem schwierigen Problem gestaltet.

In dem Bestreben, all die Momente aufzufinden, durch welche die Säuglingssterblichkeit in der Rhön bedingt ist, hat sich auch schon der Weg gezeigt, den die Säuglingsfürsorge begehen muß, wenn sie den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit mit Erfolg bestehen will. Mit viel Liebe und Geduld muß die Säuglingsschwester ihre Aufgabe erfüllen, die darin besteht, wertvolles Leben zu schützen und zu fördern. Zwar wird es nicht immer leicht sein, die Rhönbewohner für neue Ideen zu gewinnen und von deren Wert zu überzeugen — denn Bauern, die zäh am Althergebrachten festhalten, stehen Neuerungen immer kritisch und skeptisch gegenüber — aber in Anbetracht der Lebensnotwendigkeit der getroffenen sozialhygienischen Maßnahmen wird niemand den Mut verlieren und niemand wird den etwa sich in den Weg stellenden Schwierigkeiten gegenüber kapitulieren. Vielmehr wird jeder unter Einsatz seiner ganzen Persönlichkeit nach Kräften an diesem Werk mitarbeiten, um dessen Ideen in die Tat umzusetzen, eine schwere aber schöne Aufgabe im Dienst für Volk und Vaterland.

Literatur.

Arbeitsgemeinschaft der Fachgruppe Medizin: Hygienische Untersuchungen als Beitrag zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in einem Grenzgebiet der Bayerischen Ostmark. Ersch. 1937 in München.

Backert Die Säuglingssterblichkeit in Niederbayern. Inaugural-Dissertat., erschienen 1932 zu Würzburg.

Bericht über das bayer. Gesundheitswesen 1930—34.

Busch: Das Verschwinden des Sommergipfels der Säuglingssterblichkeit. Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter, Bd. VII.

Haßlinger: Der Rhönaufbau.

Rietschel: Jahrbuch der Bodenreform von 1911.

Roesle: Die Bedeutung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit für die Bewegung der Bevölkerung. Archiv f. soziale Hygiene u. Demographie. Bd. III.

Rott: Der Rückgang der Säuglingssterblichkeit. Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Bd. I.

— Die Sterblichkeit in den ersten 7 Lebenstagen. Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz.

Lebenslauf.

Am 1. März 1913 wurde ich als Sohn des Bäckermeiſters Johann Krämer und deſſen Ehefrau Johanna, geb. Stichler, zu Würzburg geboren. Hier kam ich 1919 in die Volksſchule. Nach 4 Jahren trat ich 1923 an das Alte Gymnaſium Würzburg über, wo ich im Jahre 1932 die Reifeprüfung beſtand. Hierauf widmete ich mich dem Studium der Medizin, diente am Ende des Winterſemeſters 1933/34 10 Wochen im Arbeitsdienſtlager Treuchtlingen, und beſtand im W.-S. 1934/35 an der Univerſität Würzburg die ärztliche Vorprüfung. 5 klinische Semeſter ſtudierte ich ebenfalls in Würzburg, wo ich nach Beendigung des Sommerſemeſters 1937 mein medizinisches Staatsexamen ablegte.

Ich verſichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich vorliegende Arbeit ſelbſtändig und ohne fremde Hilfe unter Benutzung der angegebenen Literatur angefertigt habe. *Alfred Krämer.*

Beſonderen Dank ſchulde ich Herrn Profeſſor Dr. Hans Rietſchel für die freundl. Überlaſſung des Themas und für die wertvollen Anregungen, die er mir bei der Ausführung meiner Arbeit zuteil werden ließ.

Von der Gauamtsleitung der NSV. Mainfrankens wurde mir ſtatiſtiſches Material zur Verfügung geſtellt, wofür ich an dieſer Stelle herzlich danken möchte.

Weiterhin zu Dank verpflichtet bin ich den Herren Bezirksärzten der Rhönkreiſe Bad-Brückenau, Bad-Kiſſingen, Mellrichſtadt und Bad-Neuſtadt, die es mir ermöglichten, in die Leichenſchauſcheine Einſicht zu nehmen.

Nicht zuletzt danke ich dem Herrn Präſidenten Zahn des Statiſtiſchen Landesamtes München für freundliche Zuſendung der nötigen ſtatiſtiſchen Unterlagen.